

Démarche : GDB - Déclaration de changement de régime

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle entreprise

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux administrations, aux collectivités locales et à certains services publics de déclarer un changement de régime.

Pour l'instant, ce service est réservé uniquement aux assurés habitant dans la Manche.

Déclaration de changement de régime

à remplir par les administrations, les collectivités locales et certains services publics

Identification de l'assuré

Nom et prénom

Nom de naissance, suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage (marital)

Date de naissance

Format jj/mm/aaaa

N° de Sécurité sociale

Saisir les 15 chiffres sans espace

Adresse

Personnelle et complète

GDB - Déclaration de changement de régime

Dans quel département habite l'assuré ?

Nom de la caisse d'affiliation

Date d'arrivée dans le département de la Manche

Format jj/mm/aaaa

S'il s'agit d'un agent retraité, précisez également s'il bénéficie d'une ou de plusieurs autres pensions ou retraites

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si oui, indiquez lesquelles

Nouvelle situation en regard de la Sécurité sociale

L'agent désigné ci-dessus bénéficie :

du décret du 11/01/1960 (JO du 19/01/1960). Agent permanent (titulaire) des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel et commercial.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Précisez :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ affilié à la CNRACL

☐ non affilié à la CNRACL

du décret du 13/07/1977. Stagiaires des collectivités locales.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

à compter du

Format jj/mm/aaaa

Identification de l'employeur

Dénomination

Adresse

GDB - Déclaration de changement de régime

Identification de l'administration, de la collectivité locale ou du service public

Qualité de son représentant

Nom et prénom du représentant

Fait à

Le

Format jj/mm/aaaa

Pièces justificatives à joindre obligatoirement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Copie du dernier bulletin de salaire

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

Les informations collectées peuvent être informatisées et sont réservées à l'usage interne. Elles peuvent être communiquées à certains destinataires. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, toute personne peut accéder, rectifier ou supprimer les informations la concernant. Les demandes doivent être libellées "Demande d'information CNIL" et adressées par courrier à Monsieur le Directeur de votre CPAM, en joignant la copie d'une pièce d'identité.